

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 令和 年 月 日
勝央町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな			被保険者番号	6	2	2	0	0							
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
住所	〒 TEL														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地	〒													
	名称														
入所(院)年月日(※)	平・令 年 月 日				(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。										
配偶者の有無	有り・無し				左記において「無し」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。										
配偶者との世帯(住民票上)		同一世帯・別世帯(町内在住)・別世帯(町外在住)													
配偶者に関する事項	ふりがな														
	氏名														
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号									
	住所	〒 TEL													
	前年度1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒												課税状況	
														課税・非課税	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	TEL(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

(裏面もご記入ください)

勝央町記入欄

	▽ 世帯の課税状況	→	☐ 非課税	☐ 課税	▽ 保険料未納 ☐ 無 ☐ 有
	▽ 配偶者課税状況	→	☐ 非課税	☐ 課税	
	▽ 申告資産合計 円	→	☐ 基準以下	☐ 基準超過	
	* 老齢福祉年金／生活保護	→	☐ 受給無	第1段階	▽ 給付制限 ☐ 無 ☐ 有
	* 課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額		
			¥		
□82万6千5百円以下 ⇒ 第2段階 □82万6千5百円以上120万円以下 ⇒ 第3段階① □120万円以上 ⇒ 第3段階②					受付印
認定結果 ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 非該当					
交付年月日 令和 年 月 日 適用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		預貯金等の基準額	1,000万円 (夫婦は2,000万円)以下	
	☐	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が、 年額82万6千5百円 です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			650万円 (夫婦は1,650万円)以下	
	☐	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が、 年額82万6千5百円を超え120万円以下 です。			550万円 (夫婦は1,550万円)以下	
	☐	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が、 年額120万円を超えます 。			500万円 (夫婦は1,500万円)以下	
	受給している全ての年金保険者に○してください。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私立学校共済					
預貯金等に関する申告 (夫婦合計)	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは、別添のとおり。				
	預貯金額	円	有価証券 投資信託	円	その他(現金・ 負債を含む)	()※ 円 ※内容を記入してください

注意事項

1. 配偶者が、勝央町以外の市町村に居住している場合は、課税証明書を提出してください。
この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

2. 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

◎ 申請に必要なもの

- ・ 預貯金等の通帳の写し(金融機関名、口座番号、口座名義、最終の取引日から2か月前までの記載で、残金を確認できるページの写し。表紙から1ページ目、定期預金のページも含みます。)
- ※配偶者がいる場合は、配偶者の通帳の写しも必要です。
- ※通帳を複数お持ちの場合は、すべての通帳の写しが必要となりますのでご注意ください。
- ・ 有価証券(株式・国債など)、負債(借入金、住宅ローンなど)借用書及び残高のわかるものの写し
- ※負債がある場合は、預貯金等の合計額から負債の額を控除します。

同意書

勝央町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。
また、勝央町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈 本人 〉

住 所

氏 名 印

〈 配偶者 〉

住 所

氏 名 印

【代筆者】